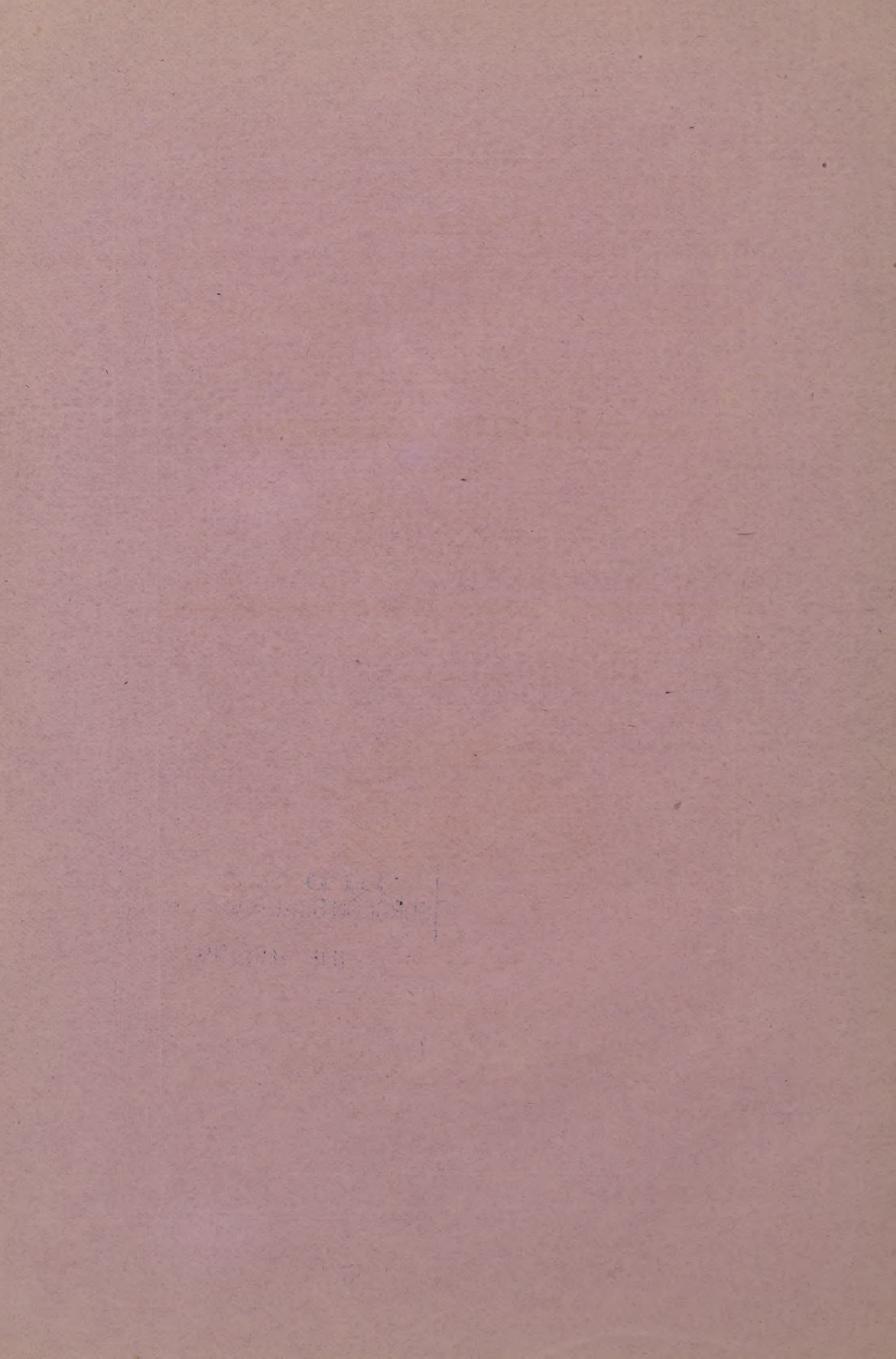
A

Macias (Ramon)

Contribución al diagnostico xxxx

TESIS DE CONCURSO.

C. R. Lucio, Juez propiet.º



RAMON MACÍAS.

TESIS

QUE PRESENTA

AL JURADO DE CALIFICACION

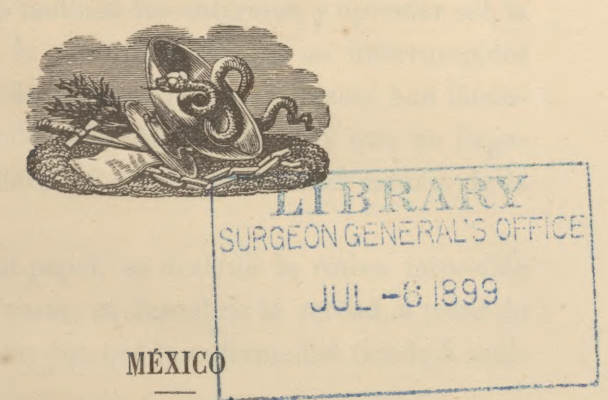
para la oposicion á la cátedra de adjunto

DE CLINICA INTERNA

DE LA

ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO.

Contribucion al diagnóstico patogénico y á la terapéutica de las neuralgias del quinto par.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1879

El estudio clínico de las enfermedades, es, á mi entender, la fuerza más vigorosa que impele sin cesar la medicina hácia su perfeccion.

Bajo su influencia, las ideas se modifican, se robustece el juicio, se descubren nuevas verdades, se rectifican muchos errores, en una palabra, se rejuvenece constantemente *el divino arte de calmar el dolor*, como Hipócrates llamaba á la medicina.

Con su auxilio podemos estudiar, no solo las enfermedades, sino tambien los enfermos, y apreciar así, la combinacion, la multiplicidad, las no interrumpidas metamórfosis de eso, que con tanta razon, han llamado los modernos *procesus patológico*, y que no llegamos, si se quiere, ni á sospechar en el estudio de la Patología.

Su principal papel, es destruir la rutina imposible en el arte de curar; es descubrir la verdad, á pesar de los mil disfraces con que la enfermedad tiende á ocultarla.

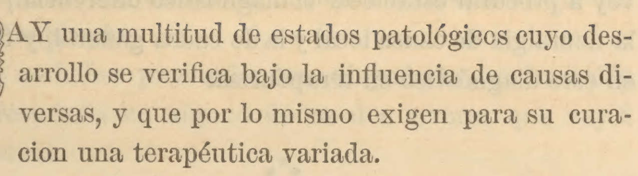
Así, pues, todo aquello que emane de un estudio clínico perfecto, todo lo que sea fruto de una observa-

cion concienzuda, jamás será estéril para la humanidad, porque si es insignificante y rudimentario al nacer, crece y se agiganta con el trascurso del tiempo y el cultivo de las inteligencias.

Guiado por estas consideraciones, no he vacilado en ocuparme en esta tésis, de afecciones, al parecer tan insignificantes, como son la odontalgia y la neuralgia del trigémino, pues si ellas carecen de interés porque no comprometen la vida, lo tienen y grande, vista su extremada frecuencia y los extraordinarios sufrimientos que ocasionan; deben, por consiguiente, ocupar un lugar distinguido en el estudio de la medicina clínica.

El presente trabajo, no tiene más valor que el de ser fruto del estudio y observacion hechos á la cabecera del enfermo.

I.



HAY una multitud de estados patológicos cuyo desarrollo se verifica bajo la influencia de causas diversas, y que por lo mismo exigen para su curacion una terapéutica variada.

Esta disimilitud de causas que engendran un mismo efecto, y á la inversa, la multiplicidad de efectos que una causa única puede originar, constituyen los escollos más frecuentes y al mismo tiempo los más temibles con que tropezamos, los que, iniciados en algunos de los secretos de la ciencia médica, queremos utilizar los medios que el estudio y la observacion han puesto en nuestras manos para combatir las enfermedades.

Cuando no se sabe ó no se quiere evitar esos obstáculos, cuando se obra sin ver otra cosa que el elemento dominante de un *complexus* patológico, se cae en el empirismo ciego, en la medicina del vulgo, y el mal éxito se opone constantemente á nuestros mal dirigidos esfuerzos, hasta que decepcionados, acabamos por creer que el arte de curar es ilusorio, y por deplorar lo que no es sino el fruto de un estudio incompleto ó de una observacion imperfecta.

***

La neuralgia del quinto par es una de esas afecciones que con una genesis extremadamente variada, tiene siempre manifestaciones idénticas.

Al ocuparme de ella, no pretendo hacer su etiología, ni analizar todas las causas que le dan sér; únicamente voy á procurar establecer el diagnóstico diferencial, entre la neuralgia de causa local y la de causa general, y fundar en este diagnóstico su terapéutica.

***

La caries dentaria, la periostitis alvéolo-dentaria y los estados constitucionales diatésicos ó no, hé aquí adonde vamos á buscar el orígen de la neuralgia que nos ocupa.

La caries dentaria, ese procesus ulcerativo de marcha lenta pero incesante, engendra unas veces sola y exclusivamente la odontalgia, otras la neuralgia de todo el quinto par, y otras en fin, una y otra sucesivamente.

Los caractéres distintivos de la odontalgia y la neuralgia del trigémino, son bien marcados, y es conveniente no echarlos en olvido, pues como verémos despues, su confusion puede dar lugar á errores de funestas consecuencias.

El dolor en la primera, es de forma remitente exacerbante. En la segunda es intermitente.

En aquella es fijo, y el enfermo lo percibe limitado á un solo diente. En ésta es errático, y el paciente nos dice que cambia de sitio, es decir, que salta de ramo en ramo.

En la odontalgia no hay puntos dolorosos.

En la neuralgia existen no solo en los lugares que corresponden á la salida de los nervios maxilar inferior, sub y supra-orbitario, sino tambien en los apófisis espinos de las dos primeras vértebras cervicales.

A este último signo le da Trousseau, que es quien lo señala, una importancia decisiva, para establecer la distincion entre las dos manifestaciones dolorosas de que venimos hablando.

Por no haber precisado este diagnóstico, se ha caido con frecuencia en alguno de los dos errores que voy á mencionar.

Unas veces se han agotado todos los recursos terapéuticos, combatiendo como de causa general una neuralgia que no reconocia más orígen que la caries; y otras se han extraido inútilmente dos ó tres muelas sanas que se creían el asiento de una odontalgia, cuando en realidad existia una neuralgia, ocasionada y mantenida por el paludismo ó la cloro-anemia.

Voy á citar un hecho que me impresionó vivamente y que me hizo fijar toda la atencion que requiere este género de enfermedades.

El año de 1877 fuí llamado por un jóven comerciante, con objeto, segun él me dijo, de curarle de unas punzadas nerviosas.

Hacia tres dias que el dolor habia empezado por los pequeños molares del lado izquierdo y se habia luego extendido rápidamente á los principales ramos del trigémino. El dolor era intermitente y cambiaba frecuentemente

de lugar, pero sin llegar á pasar á la mitad derecha de la cara. Existian puntos dolorosos al nivel de los orificios sub y supra-orbitarios, detrás de la rama ascendente del maxilar inferior y en los dos primeros apófisis espinosos cervicales. Los dientes me parecieron estar sanos, pues ninguno ofrecia mancha alguna ni pérdida del esmalte.

Guiado por estos datos, deseché la idea de una neuralgia de causa local, y como por otra parte no habia ningun indicio de la existencia de alguna diátesis, y mucho ménos de la anemia, supuse una neuralgia palustre; apliqué una inyeccion hipodérmica de un centígramo de morfina y un milígramo de atropina, y prescribí un gramo de sulfato de quinina.

Para abreviar, diré, que el dolor apénas si disminuyó un poco bajo la influencia de este tratamiento; que recurrí sucesivamente y sin éxito, á la belladona, el beleño, la aconitina, el cianuro de potasio, el carbonato de fierro á dósis alta y progresivamente creciente, y á otros varios medios.

Sorprendido de hallar esta resistencia á la medicacion y en busca de un buen consejo, consulté á mis dos autores favoritos, Trousseau y Graves, y en la Clínica de este último encontré las dos observaciones siguientes: Dice así la primera:

"Recuerdo haber sido mandado llamar para ver á una jóven de una constitucion delicada, cuya salud habia acabado por alterarse bajo la influencia de dolores que se habian referido al tic doloroso. Esta dama habia recibido los consejos de gran número de médicos; habia tomado el sul-

fato de quinina y el carbonato de fierro en altas dósis, y cuando llegué cerca de ella se le administraba el arsénico. Lo primero que hice fué examinar los dientes de la enferma. Mirando de cerca, noté que la corona de uno de los molares superiores, presentaba una pequeña mancha de caries, se me dijo que este diente era á menudo doloroso, sobre todo cuando lo tocaba un líquido frio. Lo arranqué desde luego y esta dama fué curada. Notad que en ella el dolor era bastante violento para quitar el sueño y abatir las fuerzas, y que presentaba intermisiones y paroxismos á cierta hora del dia."

La segunda es como sigue:

"Hace unos dos meses observé un hecho casi semejante. Un médico de mis amigos me habia recomendado á una jóven, que estaba, decia él, atacada de tic doloroso. Este médico la habia asistido con grande habilidad, pero no habia logrado calmar los dolores. Yo le pregunté desde luego si su enferma tenia los dientes sanos, si presentaba alguna afeccion de las encías ó del maxilar. Él me respondió que habia examinado varias veces los dientes de esta dama, y que no habia encontrado ninguna alteracion. Quise, sin embargo, ver las cosas por mí mismo, y descubrí una ligera mancha sobre uno de los dientes; aconsejé á la enferma que se hiciese sacar el diente, lo hizo así, y fué librada de sus dolores."

Al acabar de leer estas observaciones que tanta analogía presentaban con el hecho, causa de mi consulta, sospeché que el exámen que hice del estado de los dientes, debió ser incompleto, y me dirigí en el acto á la casa del

enfermo. Sus dolores continuaban sin ninguna calma. Lo obligué á hacer un buche de agua fria y en el acto me hizo notar que el contacto de este líquido despertaba un dolor muy vivo en el segundo pequeño molar del lado izquierdo. Le llevé entónces á la luz, observé con todo cuidado este diente, y no obstante que no percibí la más ligera mancha de caries, le aconsejé fuera á hacérselo extraer inmediatamente.

Por la noche encontré á mi enfermo libre de sus dolores, y examinando entónces la muela, hallé un punto de caries que podia alojar una cabeza de alfiler, situado en la parte posterior de la corona, que por consiguiente, estaba cubierto por su contacto con el primer gran molar.

Como se ve, en estas observaciones se tomó al principio, como de causa general, lo que no era sino una neuralgia odontálgica, una neuralgia refleja desarrollada y sostenida por la irritacion constante que una caries incipiente producia en la periferia del nervio.

En casos como estos, el diagnóstico no versa ya, entre la odontolgia simple y la neuralgia, sino entre la neuralgia odontálgica y la de causa general. El carácter del dolor, la existencia de puntos dolorosos, carecen de valor para establecer la diferencia, pues en ambas existen con los mismos caractéres. Así es que tenemos, para establecer este diagnóstico, que recurrir á los preciosos datos que el conmemorativo suministra.

En efecto, siempre que la caries intervenga como causa generadora, se nos dirá, si lo preguntamos, que se produce un dolor más ó ménos intenso en uno de los dientes, al

contacto de un líquido frio; que el dolor fijo primero en aquel diente, era constante, y que hasta algunas horas despues tomó un carácter intermitente y errático, se generalizó á los demás dientes, y pasó por último, á la mitad correspondiente de la cara. Siempre que encontremos esta secuela en los síntomas, debemos creer que la neuralgia es refleja y tiene su orígen en la carie de un diente que es indispensable sacar. Ahora, si un exámen atento de la dentadura, no nos hace descubrir la caries ni en su forma más rudimentaria, recurrirémos á la prueba con el agua fria ó caliente; y si, como en mi observacion, se despierta dolor, no se debe vacilar en conducirse como si se viera la caries. Sin embargo, en algunos casos la duda puede existir, y entónces, como diré despues, el tratamiento será la piedra de toque del diagnóstico.

***

Estudiemos ahora el caso inverso.

Una neuralgia de causa general es referida á la caries, y se hace la extraccion de uno ó varios dientes sin que la afeccion se modifique.

Este error es más frecuente que el anterior, porque la mayor parte de los pacientes de este género, no se preocupan de consultar al médico, sino que buscan á un dentista que les libre de sus dolores. Y por desgracia, hay algunos cirujanos de esta especialidad, que rara ó ninguna vez investigan si su intervencion está indicada. Verdaderas máquinas animadas, sacan lo que se les dice que saquen.

Recuerdo que cuando estudiaba yo tercer año de Medicina, cometí un error de este género. Existia en el número 20 de la Sala de Clínica del Hospital Militar, un enfermo en el principio del período terciario de la sífilis. La anemia que acompaña á esta diátesis era en él bien marcada. Un dia me llamó para que le sacara una muela que me dijo dolerle desde el dia anterior. Sin más exámen, ni averiguacion, hice que me indicara el diente enfermo, apliqué la pinza y verifiqué la extraccion. Al siguiente dia el enfermo me llamó otra vez, y me dijo que nos habiamos equivocado, pues la muela que seguia á la extraida, era la que le dolia. La saqué tambien, y no obstante, el dolor persistió sin modificarse en lo más mínimo. Reflexioné entónces y comprendí que lo que habia era una neuralgia del ramo maxilar del trigémino de causa general; dirigí en este sentido el tratamiento y el enfermo quedó curado, pero no sin conservar pruebas indelebles de mi inexperiencia y precipitacion.

Como este caso, hay muchos que no me detengo á examinar por no ser difuso. Importa, pues, no obrar nunca con ligereza, no olvidar los preceptos del arte áun en las afecciones más insignificantes. Nunca intervenir sin conciencia de lo que se hace y meramente por rutina.

Siempre, pues, que un individuo se nos queje de odontalgia, debemos, en primer lugar, investigar si existe la caries, pero sin olvidar que ella por sí sola no autoriza á la intervencion quirúrgica, pues con frecuencia se ven individuos que tienen una neuralgia de causa general y uno ó varios dientes cariados, sin que éstos intervengan en el

desarrollo de aquella; en seguida procurarémos buscar los puntos dolorosos, pues si existen, la distincion debe tener lugar entre la neuralgia odontálgica y la de causa general, en cuyo caso, como hemos dicho ántes, el conmemorativo es nuestro mejor guía. Por último, si conservamos alguna duda, ántes de privar al enfermo de una parte de su organismo, es de nuestro deber buscar el diagnóstico, haciendo en primera línea, el tratamiento de la neuralgia, como si ésta fuese debida á un estado constitucional.

***

La periostitis alvéolo-dentaria, tiene tambien como la caries, el atributo de dar orígen á dos modalidades dolorosas. El dolor local, producido por la alteracion de tejido y el reflejo ó provocado á distancia por excitacion del centro nervioso.

El primero, cuyo asiento está en los filetes terminales de los nervios maxilares, suele ser tan intolerable, tan intenso, que el enfermo no vacila en hacerse extraer todos sus dientes.

El segundo, no se diferencia de las otras neuralgias del quinto par, sino por su causa.

Extraer dientes que hubieran debido conservarse, y agotar la terapéutica de las neuralgias sin hacer desaparecer el dolor, son tambien los resultados á que puede dar lugar el desconocimiento de una periostitis alvéolo-dentaria.

Hace seis meses recibia yo en la tercera sala de Medicina del Hospital Militar, á un soldado, jóven, bien cons-

tituido y que se quejaba de atroces dolores en la cara. Su enfermedad, segun me dijo, habia comenzado veinte dias ántes por dolor en las encías, las que le sangraban con frecuencia. El dolor pasó despues á las muelas del lado derecho, y en seguida se generalizó á toda la dentadura. Entónces aparecieron dolores neurálgicos tan fuertes, que se hizo sacar, por un barbero, dos de las muelas que más le dolian, sin conseguir alivio alguno. En el momento en que yo lo examinaba, existian todos los signos de la neuralgia del quinto par en los dos lados de la cara y sin faltar ningun punto doloroso. Observando la boca, encontré las encías despegadas y sangrando ligeramente sin estar fungosas; la presion hecha sobre ellas de abajo arriba, llevaba á su borde una pequeña cantidad de un líquido purulento; tomados los dientes entre el pulgar y el índice, se sentian y veían vacilar en sus alvéolos algunos de ellos. La lesion era evidente. Se trataba allí de una periostitis alvéolo-dentaria, que provocando primero dolores puramente locales, habia despertado despues atroces neuralgias en los dos nervios trigéminos. Prescribí inmediatamente un gramo de yoduro de potasio con otro de tintura de beleño, y buches compuestos de cocimiento de quina con clorato y láudano. Este tratamiento continuado, sin más modificacion que el aumento progresivo del yoduro, hizo desaparecer al tercer dia, completamente, la neuralgia del trigémino.

Disipado el dolor, hice aplicar varias veces al dia, polvo de clorato en abundancia sobre las encías. El enfermo salió de alta á los quince dias de su entrada, sin dolor algu-

no, con sus dientes firmes y sus encías sanas y perfectamente adheridas.

Despues he tenido lugar de observar muchos hechos de este género, aunque con manifestaciones dolorosas ménos exageradas, y he observado tambien, otros casos, por desgracia no poco numerosos, en los cuales la incuria, la desidia del enfermo, ó la falta de tacto en el tratamiento, han tenido por consecuencia, la caida de todos ó de muchos dientes, la caries y aun la necrósis de una parte del maxilar, motivada por el avance no detenido de la periostitis alvéolo-dentaria.

Una enfermedad que puede destruir un aparato tan necesario á la buena digestion, como es la dentadura; que por más que se diga, es muy frecuente; que es tantas veces desconocida, y que con tanta frecuencia burla los esfuerzos de todo tratamiento, debe, en mi concepto, ser tenida en séria consideracion. Así es que, no creo que me sea reprochable el que entrando un algo en el terreno de la patología, procure señalar sus principales caractéres, y los signos que la distinguen de las afecciones análogas con las cuales pudiera confundirse; guiándome exclusivamente para hacer esto, la enseñanza que la pura observacion me ha proporcionado.

El primer síntoma de esta enfermedad, es el dolor de la encía al hacer la masticacion de los alimentos, sobre todo si tienen cierta consistencia. Si se examina entónces la encía, se la ve abultada y rubicunda. Despues el dolor se hace constante, las encías se despegan de los dientes, y su borde toma un color gris, se desagrega molecular-

mente, y sangra con facilidad á la presion ó sin ella. Hasta aquí, no se tiene más que una gengivitis ulcerosa, pero que puede considerarse como el período precursor de la periostitis.

El dolor no tarda en cambiar de forma, ó mejor dicho, en tomar nuevos caractéres. De superficial que era se hace profundo. No es ya solo la encía la que duele, sino tambien los dientes. Entónces se desarrolla una verdadera odontalgia. El enfermo siente un dolor contínuo con exacerbaciones, en un número variable de dientes, segun la extension de la flegmasía. La masticacion es muy difícil y á veces imposible; el enfermo siente como si las piezas de su dentadura hubieran crecido; tiene un mal sabor contínuo, y su aliento es fétido.

El exámen de la boca nos presenta entónces la encía descarnada, sangrante, fungosa; los dientes como crecidos á causa de estar descubierta una parte de su raíz, que se mira cubierta de sarro; si se les toca, se sienten mover en su alvéolo, y por la presion se hace salir de entre el osteíde y la encía, una cantidad variable de supuracion fétida y de mal aspecto.

En este período pueden aparecer las neuralgias del trigémino, ya, limitadas á los ramos maxilares, ó bien generalizándose á todo el nervio.

Más tarde las neuralgias no dejan reposo al enfermo, la odontalgia es constante y aguda; el aliento se hace más fétido; la secrecion salivar se pervierte y se exagera, escupiendo el enfermo en abundancia, un líquido sanguíneo purulento. Los dientes cada dia vacilan más, desprovistos

del apoyo de la encía y lanzados de su cavidad por la hiperplasia invasora, fruto de la flegmasía, y acaban por caer uno á uno, poniendo, la desaparicion del último, fin á esta destructora enfermedad.

El estado general que acompaña á esta afeccion, es variable, segun la susceptibilidad individual. La digestion se pervierte, nace la dispepsia, el sueño huye, y el estado nervioso, con sus diversas modalidades, aparece en las personas muy excitables, en virtud de los constantes sufrimientos.

Como se ha visto, el cuadro de signos locales de esta enfermedad, es tan característico, que basta sospechar su existencia para no confundir los padecimientos que provoca, ni con la odontalgia debida á la caries, ni con la neuralgia engendrada por otra causa.

Indicadas ya dos de las principales y más frecuentes causas de la odontalgia y la neuralgia del quinto par, y descritos sus signos más característicos, paso á ocuparme brevemente de su tratamiento.

***

Una buena terapéutica tiene por fundamento la perfeccion del diagnóstico.

En tanto que una enfermedad se desconoce ó solo se descubre de ella una parte; en tanto que no se precisa su asiento, su extension y el grado á que perturba una ó muchas funciones del organismo, la medicacion tiene que ser incierta y vacilante, empírica ó sintomática, y sus resul-

tados no llenarán, las más veces, la medida de nuestros deseos.

Ante un grupo determinado de síntomas, nuestro primer impulso no debe ser atacarlo inmediatamente, sino buscar su orígen, y precisar las relaciones que entre ellos se hayan establecido. Conocida la causa, nuestros esfuerzos terapéuticos deben concentrarse á lograr su desaparicion, recurriendo para esto, á los medios que la destruyan inmediatamente; si esto no es posible, á los que minándola poco á poco, acaban por agotarla del todo.

Sucede, sin embargo, que á veces la causa escapa á nuestros medios de investigacion, ó que siendo su desaparicion tardía, tendriamos que abandonar á un enfermo á atroces sufrimientos si nos limitáramos pura y exclusivamente á ella, sin atenuar sus manifestaciones. En este caso, como decia yo ántes, es importantísimo establecer las relaciones que entre los síntomas existen, pues muchas veces unos son engendrados por otros, y son éstos los que debemos calmar en primera línea, para suprimir los otros extinguiendo su causa.

Así, por ejemplo: supongamos una neuralgia acompañada de dolor é insomnio. Supongamos tambien que por su naturaleza, no podemos hacer desaparecer la causa sino en un período largo de tiempo; es evidente que, sabiendo la relacion que existe entre el dolor y el insomnio, y que éste es ocasionado y mantenido por aquel, nos bastará calmar el dolor para que desaparezcan los dos síntomas.

Estas consideraciones tienen su aplicacion, como vamos á verlo, en el tratamiento de las neuralgias del trifacial.

***

Parece á primera vista que el tratamiento más racional de las neuralgias originadas por la caries, sea la extraccion del diente enfermo, puesto que allí reside la causa del dolor. Sin embargo, seria una ligereza imperdonable obrar de este modo, guiado por esa sola consideracion.

Es un hecho conocido por todos, que hay individuos en los cuales los dientes se carian sin que hayan jamás tenido una sola manifestacion dolorosa. En una misma persona se observa muchas veces que un molar profundamente cariado no provoca dolor, en tanto que otro apénas manchado por las caries, da lugar á espantosas neuralgias. ¿De qué depende esto?

Basta observar un poco, para notar que la caries dentaria provoca con más frecuencia neuralgias, en las personas mal constituidas, de temperamento nervioso, anémicas, ó bajo la influencia de alguna diátesis.

Cuando el paludismo domina, se nota tambien que la caries se hace dolorosa; y es para mí un hecho perfectamente confirmado, que cuando las intermitentes reinan en el ejército, los soldados acuden en gran número al Hospital Militar, á hacerse sacar muelas cariadas que les provocan atroces sufrimientos.

Creo que estos hechos dan de una manera perentoria, el por qué de la diversidad con que la caries se comporta. Un hombre vigoroso, bien constituido, en el cual el sistema nervioso tiene poca aptitud para los reflejos morbosos,

y que no es impresionable á los miasmas palustres ú otros, puede muy bien perder todos sus dientes destruidos por la caries, sin sufrir nunca la más ligera odontalgia. Por el contrario, una mujer mal constituida, linfática ó clorótica, que padezca mal de nervios y que sea muy impresionable al paludismo, sufrirá frecuentes y agudas neuralgias por la más ligera alteracion de la dentadura.

Los dolores que las caries ocasionan, son pues evidentemente, la expresion de un estado morboso general, que elige para hacer su manifestacion, órganos que se han apartado de su estado fisiológico; filetes nerviosos, que acaso desde mucho tiempo atrás, han estado sufriendo excitaciones, que hasta entónces habian pasado desapercibidas por falta de aptitud á los reflejos.

No me parece inoportuno recordar aquí, á este respecto, que Peter atribuye la frecuencia de la neuralgia al nivel del cuarto ó quinto espacio intercostal, en las cloróticas, á la percusion incesante que la punta del corazon produce sobre el nervio que por allí pasa.

Es pues incuestionable, segun la indicacion que de lo expuesto surge, que para prevenir, evitar ó combatir las neuralgias que nacen de la caries dentaria, se debe alejar la posibilidad del desarrollo de un estado morboso constitucional, ú obrar pronta y eficazmente sobre él en caso de que exista.

Como apoyo de esto, citaré las siguientes palabras que alguna vez me ha dicho mi maestro el Sr. Montes de Oca.

"La caries dentaria puede existir indefinidamente sin despertar neuralgias, siempre que se adopte un método

higiénico conveniente, del que por supuesto formen parte la hidroterapia y la gimnástica. Si en estas condiciones se presenta alguna vez el dolor, éste cede á una pequeña dósis de quinina."

Para terminar con la caries, diré: que lo mejor para prevenir sus neuralgias, es: orificar los dientes que áun puedan utilizarse, ó extraer los que ya sean inservibles. Para las personas que carezcan de dinero ó de resolucion para recurrir á estos medios, no queda otro recurso que la higiene.

Conozco un gran número de personas que deben la caida de sus dientes, á una periostitis alvéolo-dentaria: buches emolientes y astringentes; toques con nitrato de plata, con ácido crómico y nítrico, y no sé cuántos otros tópicos, han sido puestos sucesivamente en uso, y su enfermedad ha continuado, y sus dientes vacilando cada dia más, han acabado por caer.

El tratamiento aconsejado por Graves, en su Clínica, y desgraciadamente tan poco conocido, no puede ser, sin embargo, ni más sencillo ni más heróico: yoduro de potasio á dósis alta, asociado á la tintura de beleño para evitar su intolerancia. Con este medio, adicionado únicamente con aplicaciones constantes de polvo de clorato de potasa, á los bordes de las encías, he visto curar rápidamente, las numerosas periostitis alvéolo-dentarias que he tenido que tratar.

Así es que, no vacilo absolutamente en recomendar este método curativo, indicando sí, que es indispensable para el buen éxito, que la lesion no esté muy avanzada, y

manejar el yoduro con atrevimiento y en proporcion á la intensidad de la afeccion. Casos hay, en que la dósis diaria tiene que ser hasta de ocho ó diez gramos.

***

Digamos ahora dos palabras acerca del tratamiento de las neuralgias que reconocen por causa un estado constitucional diatésico ó nó.

O la generalidad de estas neuralgias tienen por orígen el envenenamiento palustre, ó el sulfato de quinina tiene grandes virtudes anti-neurálgicas; pero es un hecho, que por rarísima excepcion, una neuralgia del trifacial, no cede á la administracion de ese medicamento.

Hace varios años que el Sr. Montes de Oca cura con un éxito brillante este género de afecciones dolorosas, por medio del siguiente tratamiento:

Para calmar el dolor lo más pronto posible, prescribe: valerianato de zinc 0,60, extracto de belladona 0,10, de opio 0,05, para hacer ocho píldoras que se toman una cada cuarto de hora ó cada hora, segun la intensidad del dolor. Una vez que éste ha cedido, evita su reaparicion haciendo tomar al enfermo 0,60 ó 1,00 de sulfato de quinina con opio.

Este método he tenido oportunidad de ponerlo en práctica innumerables veces, y siempre con un éxito completo.

Sin embargo, un incidente me llevó á hacerle una ligera modificacion.

En una jóven, como de veinte años de edad, bien cons-

tituida y sin señal alguna de cloro-anemia, apareció una neuralgia del trigémino, que ya otra vez la habia llevado por su intensidad á sacarse dos grandes molares que se vieron estar perfectamente sanos. Estaba casi dispuesta á repetir lo mismo con un tercero, cuando se me llamó para que la atendiese. Emprendí desde luego el tratamiento tal como lo expuse ántes. La neuralgia desapareció á las pocas horas; pero sucedió que la quinina no fué tolerada, á pesar de su asociacion con el opio, provocó náuseas y fué al fin arrojada por el vómito. Buscando entónces la tolerancia, asocié un gramo de quinina con diez centígramos de extracto de belladona, y fué dividido en seis píldoras, para tomar una cada dos horas. La neuralgia cedió sin reaparecer en mucho tiempo.

Pensé despues de esto, que esta sola preparacion, adicionada á un grano de opio, podia bastar para combatir el dolor y evitar su reincidencia. Hechos posteriores han confirmado la verdad de mi prevision.

En cuanto á las inyecciones hipodérmicas de morfina y atropina, me parecen un excelente recurso, pero tiene el inconveniente de no evitar siempre la reincidencia y haber personas que se resisten á él.

***

No quiero terminar sin dar á conocer una observacion reciente, que en mi concepto, encierra una grande enseñanza clínica.

El dia 17 de Setiembre de este año, veía yo en el nú-

mero 34 de mi servicio de medicina, en el Hospital Militar, al cabo José Alatorre, soltero, de veintiseis años de edad y perteneciente á la 3ª Brigada de Artillería.

Al acercarme á él, lo encontré en una actitud especial; sentado en la cama, los miembros inferiores doblados sobre el tronco, y la cabeza colocada entre las rodillas y rodeada por ambos brazos.

Interrogado sobre su enfermedad, me dijo que sufria en aquel momento atroces punzadas en la cara y la cabeza; que no podia soportar la accion de la luz sobre los ojos, y que estaba desesperado, porque desde el dia anterior no dormia ni reposaba un momento. Respecto á la causa de su enfermedad, dice, que despues de tres dias consecutivos de embriaguez, se acostó á dormir al aire libre, y que al ser despertado de improviso para hacer su servicio, el dolor apareció bruscamente.

Es éste, un individuo perfectamente constituido sin ser robusto; no lleva señal alguna que revele el temperamento linfático, ni las diátesis escrofulosa ó sifilítica. Como enfermedades anteriores, no acusa más que un reumatismo articular agudo desarrollado cinco años ántes y estando en el hospital curándose de una herida.

Para poder proceder á su exámen hice una inyeccion hipodérmica de dos centígramos de morfina. Calmado un poco el dolor pudo el enfermo prestarse más fácilmente al reconocimiento.

Mirando su cara, lo primero que se venia á la imaginacion era la idea de una iritis sobreaguda, doble: los párpados estaban rojos y vivamente contraidos; las mejillas

mojadas por un lagrimeo constante; la conjuntiva tan inyectada como en una flegmasía aguda de esta mucosa; y sin embargo, los iris tenian su color normal, la cámara anterior su trasparencia, y la pupila obedecia perfectamente al excitante luminoso, sin presentar la más mínima irregularidad en su forma circular. Habia puntos dolorosos al nivel de los orificios supra y sub-orbitario y mentoniano, abajo de las orejas y en los primeros apófisis espinosos cervicales. Temperatura normal; pulso á 72.

Indudablemente se trataba aquí de una neuralgia de los dos trigéminos. Pero, ¿cuál era su causa? Examinando la dentadura se encontraba, es cierto, uno de los incisivos superiores profundamente careado, pero este diente nunca habia ocasionado molestias, y el dolor no habia tomado principio en él. Por otra parte, nuestro hombre no era anémico, ni presentaba en su conmemorativo, ni en su cuerpo, signo alguno de la diátesis sifilítica. Faltaba tambien todo síntoma que pudiera hacer sospechar una de esas afecciones cerebrales que dan lugar á neuralgias de los nervios craneanos.

Quedaban, pues, solo las neuralgias palustres ó reumatismales. Guiado por esta idea, prescribí un escrúpulo de quinina, asociado á la belladona y al opio; y mandé aplicar tópicamente, aceite de beleño con cianuro de potasio y veratrina.

Del dia 18 al 23 se siguió este tratamiento, únicamente aumentando la quinina hasta llegar á la dósis de gramo y medio. Bajo su influencia, el dolor y la fotofobia apénas si disminuyeron un poco.

El dia 24 prescribí: carbonato de fierro 6,00, extracto de belladona 0,10, para 6 papeles, á tomar uno cada dos horas. Defensivos constantes á la frente, con: Agua 120,00, sulfato de atropina 0,30.

El 25 y 26 se aumentó la dósis del carbonato de fierro hasta llegar á 12 gramos en el dia. La neuralgia desapareció casi por completo en el trifacial izquierdo, pero persistió aún muy intensa en el lado derecho.

Dias del 26 al 28. Se administra vino arsenical y se aplica al nivel del orificio supra-orbitario derecho, un pequeño vejigatorio amoniacal, que se cura dos veces al dia, con un centígramo de morfina. El dolor cede á cortos intervalos, pero reaparece vivamente.

Del 28 de Setiembre al 3 de Octubre, el enfermo toma sucesivamente 3, 4 y 5 píldoras de las siguientes: aconitina 0,01, cianuro de potasio 0,05, extracto de belladona 0,10, para 12 píldoras. El dolor cede perfectamente bajo su influencia, al grado de permitir el sueño; pero reaparece al terminar la accion medicamentosa. En estos dias se aplicó otro vejigatorio amoniacal por haberse cicatrizado el primero, y se practicó todas las más noches una inyeccion hipodérmica con dos centígramos de morfina.

El dia 4, mirando que las preparaciones narcóticas no hacian más que paliar la enfermedad sin combatirla, prescribí: calomel 0,30, extracto de opio 0,05, para 20 papeles á tomar uno cada media hora.

Al dia siguiente, idéntica prescripcion.

El 6, estando tocada la encía suspendo el calomel y or-

deno: agua 64,00, yoduro de potasio 2,00, tintura de beleño 1,00, á tomar en una sola vez.

Del 6 al 10 se aumentan diariamente dos gramos de yoduro hasta llegar éste á ocho, en cuya dósis me estaciono.

Al segundo dia de tomar calomel el enfermo, la neuralgia cede casi del todo, pues solo quedan punzadas ligeras que aparecen de vez en cuando. Éstas se disiparon ante la accion del yoduro.

La hiperestesia de la retina persistió aún por algunos dias, pero solo ante una luz muy viva.

En la actualidad se encuentra aún este enfermo en mi servicio, sujeto á la accion de la hidroterapia, y tomando yoduro.

La idea que despierta la lectura de esta observacion, vista su rebeldía y el buen éxito del tratamiento yodo-mercurial, es que, se trataba aquí de una afeccion sifilítica. Esta sospecha no ha dejado de cruzar por mi imaginacion; pero fundándome en el minucioso reconocimiento que hice en este sentido, puedo asegurar con toda verdad, que este enfermo no ha estado ni está bajo la influencia de la diátesis sifilítica.

Ahora, el hecho de una embriaguez que duró tres dias, el haber estado este individuo toda una noche y durante el sueño, sujeto á corrientes de aire frio, y la existencia de un reumatismo anterior, creo, que deponen en favor del diagnóstico de una neuralgia de causa reumatismal; y los buenos resultados de la medicacion yodo-mercurial, corroboran esta manera de ver.

Así, no vacilaré en circunstancias análogas al hecho anterior, en recurrir á este tratamiento.

***

A mi pesar, termino, despues de haber bosquejado tan á la ligera, un punto de la medicina clínica demasiado importante. Básteme decir, que circunstancias especiales me han obligado á obrar con precipitacion y laconismo.

CONCLUSIONES.

1ª El mayor número de neuralgias del trigémino, tiene por causa: la caries, la periostitis alvéolo-dentaria y el paludismo.

2ª Para llegar al diagnóstico perfecto de las neuralgias, del trifacial, es indispensable, no olvidar nunca el reconocimiento minucioso de la dentadura y de la encía.

3ª La caries dentaria puede despertar atroces dolores, áun en su forma más rudimentaria, y en este caso, debe hacerse en el acto la extraccion del diente enfermo.

4ª Bajo la influencia de una buena higiene, de la que formen parte la hidroterapia y la gimnástica, la caries dentaria puede verificarse sin provocar neuralgias.

5ª La periostitis alvéolo-dentaria, es una enfermedad muy frecuente, grave por sus consecuencias, y rebelde á todo tratamiento cuando se la deja avanzar.

6ª La administracion del yoduro de potasio á dósis pro-

gresivamente creciente, y las aplicaciones tópicas de polvo de clorato de potasa, constituyen el mejor tratamiento de las periostitis alvéolo-dentarias.

7ª Es sumamente raro que una neuralgia del trigémino, de causa general, no ceda al sulfato de quinina asociado á la belladona y al opio.

8ª y última. Es de presumir que, el calomel á dosis refracta, y el yoduro de potasio en alta dosis, curen las neuralgias reumatismales del quinto par, que han resistido á otros medicamentos.

Noviembre 8 de 1879.